le
CONSEIL
des affaires sociales et de la famille

COÛTS DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ, QUÉBEC 1980-1981 : DOCUMENT DE TRAVAIL

François Camirand

DOSSIER

5-6478/

COÛTS DE LA PREVÉNTION EN SANTÉ, QUÉBEC 1980-1981 : DOCUMENT DE TRAVAIL

François Camirand

ISBN : 2-550-10678-4

Dépôt légal - 1er trimestre 1984
Bibliothèque nationale du Québec

TABLE DES MATIÈRES

1. **OBJECTIF ET UTILITÉ DE LA DÉMARCHE** 1

2. **DÉFINITION DES CONCEPTS UTILISÉS** 3

2.1 Définition de la santé 3
2.1.1 Composantes de la santé 4
2.1.2 Les dimensions de la santé 4
2.2 La prévention 6
2.2.1 Prévention vs thérapie, en santé 6
2.2.2 Prévention primaire et secondaire 8
2.2.3 Prévention tertiaire 8
2.2.4 Promotion et éducation sanitaire 9
2.2.5 Facteurs de risque 10

3. **MÉTHODE D'ESTIMATION** 11

3.1 Information descriptive et financière utilisée 11
3.2 Catégories d'activités 11
3.3 Les pourcentages 12

4. **CRÉDITS ALLOUÉS : RÉSUMÉ** 14

ANNEXE A : DESCRIPTION DES PROGRAMMES RETENUS 21

ANNEXE B : DÉTAIL DES ESTIMATIONS PAR PROGRAMMES 39

LISTE DES FIGURES

Figure 1

Part de la prévention dans les dépenses de santé du Québec, en 1980-1981 14

Figure 2

Part des sommes allouées à la prévention en santé par le Québec, selon la source, 1980-1981 15

Figure 3

Part des dépenses selon l'origine et les étapes de prévention, Québec, 1980-1981 17

Figure 4

Part des dépenses québécoises de santé en prévention primaire par rapport au secondaire et tertiaire 19

1. OBJECTIF ET UTILITÉ DE LA DÉMARCHE

L'objectif de l'exercice d'estimation des coûts de prévention en santé est de pouvoir juger de l'importance de la prévention dans l'allocation des ressources en santé.

Aujourd'hui il n'est pas rare d'entendre que la prévention doit bénéficier d'une priorité face à l'augmentation importante des coûts du système de santé traditionnel et curatif parallèlement à un plafonnement sinon à une régression de son efficacité à améliorer la santé des gens. Cette priorité pourrait signifier d'augmenter la part des mesures préventives. Mais justement, quelle est cette part de la prévention dans le budget sanitaire ? Certains parlent de 2 %, d'autres vont jusqu'à 10 %. Des médecins prétendent par exemple que 25 % de leur pratique ambulatoire est consacrée à des actions à caractère préventif. A priori, si seulement 2 % des dépenses de santé financent des activités de prévention, les connaissances actuelles des causes de certains problèmes de santé suffisent au moins à supposer l'avantage de hausser cette part.

Par ailleurs, l'importance de la prévention dans les dépenses en santé dépend beaucoup de ce qu'elle recouvre comme type de mesures. Ainsi, par exemple, des actions visant à déceler les premiers symptômes pour intervenir plus précocement sont-elles à distinguer d'actions sur les causes mêmes de la maladie en question ; les premières relevant de la prévention dite secondaire ont une importance moindre parce qu'en principe moins efficaces que les secondes qui visent la prévention primaire. Également, en vertu des connaissances accumulées dernièrement sur le rôle de facteurs de risque, il serait utile de connaître la part des mesures préventives selon les facteurs de risque ; ainsi, le facteur du comportement toucherait quelle proportion des ressources allouées par rapport aux deux groupes plus traditionnels de la génétique et de l'environnement ? Avant de colliger et de présenter l'information

pour répondre à ces questions il faut définir les concepts de base puisque leur acception commune est trop inégale pour rendre compte d'un même objet ; ainsi en est-il de la notion centrale de prévention.

2. DÉFINITION DES CONCEPTS UTILISÉS

L'établissement de la part de la prévention parmi l'ensemble des dépenses consacrées à la santé nécessite qu'on définisse d'abord ces dernières. Si l'on veut cumuler toutes les sommes dépensées en vertu de l'amélioration de la santé telle qu'on veut la définir maintenant à savoir qu'elle représente le résultat du processus d'adaptation entre l'individu et son environnement, on serait alors porté à inclure une grande partie sinon la totalité des dépenses de l'État. Toutefois, les sommes allouées en fonction d'objectifs éducatifs culturels ou autres, bien qu'elles contribuent aussi à ce processus d'adaptation n'y contribuent pas également et de la même façon.

2.1 Définition de la santé

Ainsi le **concept de santé** constitue la base, le dénominateur de la démarche. Une extension trop vaste, bien qu'idéologiquement plus vendable, entraine dans un ensemble trop incontrôlable pour isoler des objectifs et des moyens offrant une certaine garantie d'atteinte de l'amélioration de la santé. La santé doit d'abord être observée et mesurée au niveau des individus, des personnes, et non de groupement ou d'entité abstraite ; on évitera ainsi de considérer, par exemple, la santé culturelle, la santé politique ou la santé économique de la société. Le processus d'adaptation en question met en relation la personne et son environnement et ce n'est que fondé sur cette relation micro que peuvent être introduits des facteurs collectifs dont celui du milieu social dans lequel vit l'individu. L'évaluation de l'état de santé, c'est-à-dire le résultat du processus, fait intervenir le critère de normalité puisqu'une personne dite en santé est celle qui " fonctionne normalement ", c'est-à-dire qui se conforme, à l'intérieur d'écarts normaux de variation, à des critères de santé selon l'âge, le sexe, la collectivité et la région considérés. Ces normes peuvent être établies en fonction du groupe de référence.

En plus, bien que la santé traduise le résultat même du processus d'adaptation de tout système à son environnement en autant que ce résultat soit viable bien sûr, la santé d'une personne fait intervenir des dimensions et des facteurs particuliers.

2.1.1 Composantes de la santé

Les composantes du processus adaptatif qu'il importe de relever ici sont les capacités ou potentialités de la personne, ses comportements effectifs, l'environnement et les attentes. Ce processus constitue chez l'homme une différence de taille entre l'adaptation d'un organisme à son environnement par rapport à l'adaptation d'une personne à son milieu. En effet, chez l'homme, en plus des caractéristiques physiques jouant sur la dynamique adaptative, se superposent les éléments psycho-sociaux des attentes. Par rapport aux capacités et aux comportements le milieu social oblige l'individu à tenir compte de certaines attentes en même temps que l'individu formule lui-même ses propres attentes à l'égard de ses capacités et de ses comportements. De la sorte, une personne pourrait rater son adaptation non seulement en raison d'une déficience dans ses capacités objectivables, mais parce que son milieu est trop exigeant ou que ses propres attentes sont incompatibles. Cependant, cette dernière source d'inadaptation doit demeurer dans son acception individuelle, pour rester dans la " santé mentale " sinon il faudrait parler de l'inadaptation sociale de groupes sociaux, de santé politique, de santé économique.

2.1.2 Les dimensions de la santé

Les dimensions particulières sont aussi à préciser. Ainsi, les facteurs ou composantes du processus ne s'appliquent dans le cas de la santé de la personne, qu'aux **dimensions physique et mentale** ; les capacités à considérer sont les capacités physiques et mentales des personnes, les comportements et les attentes sont exclusivement également physiques et mentales. Ces deux dimen-

sions sont intentionnellement restrictives. En effet, sous le prétexte que l'adaptation de l'homme à son milieu implique la mise à contrubution d'une multitude de facteurs, on veut souvent tout inclure dans les mesures aptes à favoriser la réussite de l'adaptation, c'est-à-dire la santé ; mais, ce faisant, on noie la bonne volonté dans une myriade de considérations impropres à l'identification sûre d'éléments de changements viables. Plus précisément, cette restriction veut éloigner les dimensions politiques, économiques, culturelles ou autres, non pas parce qu'elles ne sont pas importantes pour l'adaptation des personnes mais parce qu'elles relèvent d'autres objectifs que celui des programmes de santé. Dans la dimension physique, on regroupe les éléments à considérer dans la relation entre l'organisme et son environnement physique par rapport à des activités normales attendues ; à ce titre, on retient les caractéristiques chimiques, biologiques et proprement physiques de l'organisme et de son environnement. Par contre, la dimension mentale est plus difficile à décrire. En fait, on aurait mieux utilisé les termes émotionnel et social n'eut été le vague de ce dernier terme; en effet, " le social " fait souvent appel à des aspects économiques, politiques, culturels ou plus simplement " relatif à la société ", aspects que nous voulons exclure de préoccupations proprement de santé. Autrement dit, les objectifs des services sociaux occupent une dimension propre dans le processus d'adaptation que la santé n'englobe pas, dimension qui fait référence à la dynamique particulière de l'insertion de l'individu ou d'un groupe dans la société et visent l'autonomie et la responsabilité. Du côté de la santé, on retient des éléments qui ont une influence sur les résultats des relations interpersonnelles, éléments tels les capacités mentales et émotionnelles et leurs stimuli du milieu. Donc, pour éviter la confusion d'une utilisation trop extensive du terme social nous retenons plutôt une définition plus large d'un terme restrictif, la dimension mentale de la santé, incluant des éléments psycho-relationnels.

Aussi, dans la recherche des dépenses appropriées, nous retenons les programmes ou mesures qui ont comme objectif premier l'amélioration de la santé, c'est-à-dire l'amélioration de l'adaptation **physique et mentale** entre l'individu et son environnement.

Pour retenir des dépenses de prévention, il faut également que des mesures ainsi financées soient entreprises avec les mêmes objectifs de santé, sinon ce n'est pas la prévention en santé ; ainsi, on pourrait théoriquement considérer des dépenses de loisir comme ayant un effet préventif de problèmes de santé, mais elles ne sont pas acceptées d'abord en vertu d'objectifs de santé, mais plutôt d'objectifs propres de loisirs. Par ailleurs, certaines mesures particulières d'organismes à vocation autre peuvent avoir été financées en faveur d'objectifs de santé, telles des dépenses dans les programmes de sécurité routière.

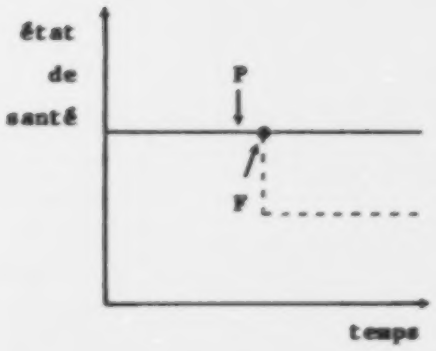
2.2 La prévention

2.2.1 Prévention vs thérapie, en santé

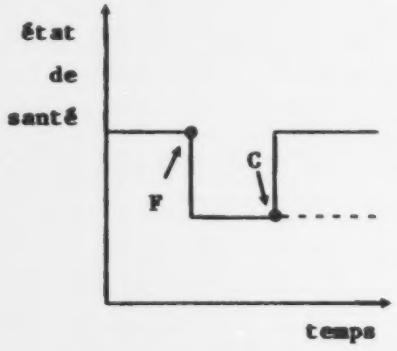
A l'intérieur des dépenses de santé, à quel titre pouvons-nous distinguer les mesures préventives ? Dans son sens commun, la prévention est toute action visant à empêcher quelque chose de se produire. Donc, on assume que cet état à éviter est d'une part non désirable et d'autre part, pire que la situation actuelle. Également, on doit retenir le caractère intentionnel de l'action préventive sinon il faudrait retenir toute action ayant comme résultat d'éviter une situation pire, telle l'action curative qui, bien que visant la récupération d'un état meilleur que le présent, implique nécessairement d'en empêcher une moins enviable. Par rapport à son facteur (F) d'atteinte à l'état de santé, les graphiques a et b, nous montrent l'antériorité de l'action préventive (P) par rapport à l'influence du facteur, alors que

l'action curative (C) est postérieure, de même que le sens du changement d'état de santé par rapport à ce qu'il aurait été sans l'intervention (---).

Moment d'intervention de l'action préventive (P) par rapport à celui de l'action curative (C) par rapport à l'évolution possible (---) ou réel (——) de l'état de santé sous l'influence d'un facteur (F) d'atteinte.



Graphique a



Graphique b

Ici le facteur d'atteinte est entendu dans le sens plus classique de maladie plutôt que dans le sens de facteur de risque auquel cas l'action préventive intervient souvent après la présence de facteurs de risque. Mais cette conception permet de classer dans les actions curatives, le diagnostic précoce et les actions les facilitant puisqu'ils permettent d'appliquer une intervention de récupération, mais un peu plus tôt. Toutes les mesures analogues de dépistage précoce de problèmes de santé (visuelle, dentaire ou physique) devraient être considérées curatives dans la mesure ou elles visent d'abord la récupération d'une atteinte déjà faite à l'intégrité somatique, fonctionnelle ou mentale de la personne.

2.2.2 Prévention primaire et secondaire

Par ailleurs, il est intéressant de différencier la prévention selon son étape d'intervention dans le processus. On dit souvent que la prévention primaire s'attaque aux causes alors que la prévention secondaire vise l'intervention précoce. La démarcation entre les deux types est cependant incomplète car dans la mesure où l'intervention précoce ne fait pas oeuvre de récupération (ce qui la rangerait alors dans le curatif plutôt que dans le préventif) elle intervient également sur les causes. La distinction est plus subtile. Dans la prévention secondaire, l'association du facteur et de l'atteinte envisagée est certaine ; pour l'individu en question, la présence de tel facteur, observé par un moyen quelconque, un signe, un symptôme ressenti, un examen médical ou radiologique, implique que cet individu subira une atteinte, une baisse de son adaptation, au niveau fonctionnel ou au niveau des activités. Par opposition, la prévention primaire cherche à contrecarrer l'influence de facteurs qui n'entraineront pas nécessairement la baisse d'adaptation pour cet individu mais qui représente un facteur de risque (c'est ici que le terme prend tout son sens) suffisant pour motiver l'action préventive. Ainsi en est-il de l'immunisation contre certaines maladies infectieuses, des campagnes contre le tabac, l'alcoolisme. On se rend compte que la distinction en est une de niveau de probabilité que la présence du facteur entraine effectivement une atteinte réelle à la santé ; il faut donc poser une démarcation arbitraire sur un continuum de probabilité entre la quasi certitude d'une atteinte subséquente (prévention secondaire) et une probabilité ou risque autre que sûr (prévention primaire).

2.2.3 Prévention tertiaire

Enfin, la prévention tertiaire est moins difficile à isoler puisqu'elle opère après l'atteinte et vise également à empêcher une détérioration ; souvent cette prévention interviendra une fois

la récupération effectuée par la cure. C'est la distinction avec cette dernière qui devient plus difficile. Ainsi, on dit souvent que la prévention tertiaire correspond à la réadaptation. Cependant, cette définition est trop extensive parce qu'elle implique une forme de récupération des possibilités perdues, donc un aspect curatif. Ainsi, la réadaptation par physiothérapie visant à redonner des capacités fonctionnelles serait plutôt curative que préventive. Les actions de modification du milieu telles l'adaptation du milieu physique pour les handicapés, les services de maintien à domicile sont à juger préventives selon les mêmes critères de lutte contre une baisse possible d'adaptation et d'antériorité des actions par rapport à cette baisse ou rechute. Ainsi, le réapprentissage vise à rehausser les capacités et non à empêcher une dégradation ; il ne serait pas préventif alors. Le maintien à domicile dans son rôle de suppléance, de remplacement de capacités de la personne permet de conserver un niveau plus élevé d'activité générale qu'il n'aurait été possible sans la mesure ; par contre il ne s'agit pas de prévenir les mêmes causes qui ont entrainé l'atteinte initiale. En terme simple on ne prévient pas la source du handicap physique, par exemple, en permettant au handicapé de mieux vivre avec son handicap. Par contre, en vertu du même principe, si la mesure vise à contrecarrer le facteur susceptible de ramener une détérioration, on interviendrait alors préventivement ; ce serait le cas de régimes alimentaires spéciaux pour diabétiques.

2.2.4 Promotion et éducation sanitaire

Ces deux types de mesures assez liées sont, parmi d'autres, des modalités de la prévention et offrent des particularités qui méritent peut-être qu'on tente d'en isoler des caractéristiques dans la démarche d'identification des mesures de prévention. Ainsi habituellement on définit la promotion comme une action qui vise à favoriser les caractéristiques positives de la santé ; l'exemple typique étant les interventions visant à faire adopter des habitu-

des de vie favorables à la santé (exercice physique, saine alimentation...). Comparativement à l'éducation sanitaire, la promotion peut en principe utiliser d'autres moyens que l'information auprès des individus concernés ce qui est l'appanage de l'éducation sanitaire, au niveau par exemple de la disponibilité de produits ou moyens propices à la santé. L'éducation sanitaire, par contre, par son intervention auprès des individus, vise ce qui relève de leur contrôle à savoir leur environnement immédiat et surtout leurs comportements et leurs habitudes de vie.

2.2.5 Facteurs de risque

La composition et l'évolution des problèmes de santé ont fait ressortir le rôle différent de facteurs qui engendrent une atteinte à la santé. Ainsi, au début du siècle, les progrès accomplis dans la lutte aux maladies infectieuses et parasitaires l'ont été en vertu d'actions sur des causes environnementales (hygiène, aliments) et biologiques (vaccination).

Plus récemment, on a constaté l'importance du facteur comportemental dans l'accroissement de la part des maladies dégénératives et chroniques. Aussi, serait-il intéressant de tenter de départager les sommes dépensées en prévention selon les facteurs visés, biologique, environnemental, ou comportemental. L'identification d'une mesure en fonction du premier laisse place à peu de confusion avec les deux autres. Cependant, à l'égard de certains facteurs comme le stress, la confusion dans l'effectation au comportemental ou à l'environnemental est possible à moins de réserver au comportemental tout ce qui est sous le contrôle potentiel de l'individu. Ainsi, à l'égard de ce problème du stress, l'individu peut modifier certains de ses comportements pour se libérer d'une pression indue, mais il ne peut souvent pas changer le transport automobile harrassant d'une grande ville, des conditions de travail obligatoires et exigeantes, éléments qui relèveraient alors de l'environnement.

3. MÉTHODE D'ESTIMATION

3.1 Information descriptive et financière utilisée

En nous basant sur les concepts définis plus haut, nous avons tenté d'isoler, dans les différentes dépenses du gouvernement du Québec, celles qui, en 1980-1981, visent des objectifs de prévention en santé. En plus, nous avons fait une répartition de ces dépenses selon les étapes de prévention, le facteur de risque visé de même que l'utilisation de média.

Pour procéder à l'estimation, nous sommes partis de la structure budget-programmes du gouvernement pour retenir les programmes qui, à prime abord, pourraient inclure des objectifs de santé. Par la suite, nous avons consulté lorsque disponible, les crédits détaillés des organismes et ministères déjà retenus. Ce niveau de morcellement permet un deuxième niveau de sélection sur la base de la description sommaire des éléments de programmes. Toujours de source de gestion financière, pour certains programmes, nous avons pu obtenir le détail des dépenses par centre d'activités, information fournie par les gestionnaires des établissements du réseau des affaires sociales dans leur bilan annuel. Enfin, nous avons consulté des sources variées d'information telles les rapports annuels couvrant les coûts de même que des documents descriptifs d'activités pour en établir le caractère préventif ou sanitaire.

3.2 Catégories d'activités

Par rapport à chaque programme retenu au départ comme impliquant de la prévention en santé, il importait d'évaluer les parts dépensées en fonction de trois critères :

a) le pourcentage qui vise la santé telle que définie plus haut (adaptation physique et mentale de l'individu à son milieu).

b) les pourcentages attribuables à l'Ensemble de la prévention (**E**) et à chacune de ces trois étapes **P**rimaire, **S**econdaire et **T**ertiaire.

c) les pourcentages de la prévention selon les trois facteurs de risques visés (**B**iologique, **E**nvironnemental et **C**omportemental).

3.3 Les pourcentages

L'application de pourcentage consiste à quantifier la partie recherchée par rapport à l'ensemble considéré sur la base des informations financières et descriptives de l'activité analysée ; ainsi en est-il du pourcentage de prévention (**E** : ensemble) des dépenses réservées à la santé pour l'activité ou le programme en question. Bien que basé sur l'information factuelle, on doit retenir que ces estimations gardent une part de subjectivité puisque d'une part, l'information disponible est incomplète et d'autre part, la correspondance entre les définitions de référence et les descriptions des activités n'obéit pas à des règles formelles mathématiques.

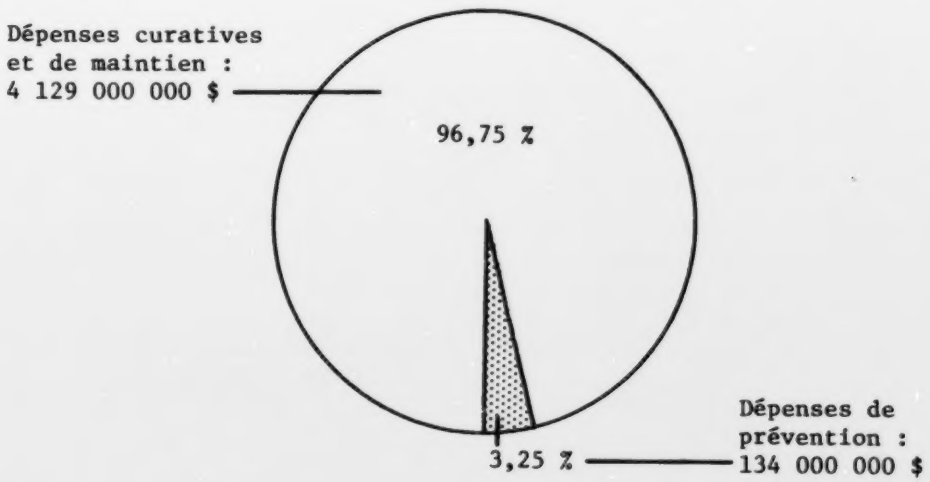
4. CRÉDITS ALLOUÉS : RÉSUMÉ

La méthode décrite ci-haut a été employée pour chacun des programmes décrit en Annexe A. Les résultats détaillés des estimations sont présentés à l'Annexe B. Dans cette section on résume les principaux résultats.

En 1980-1981, le Québec aurait dépensé quelque 134 000 000 $ au titre de la prévention telle que nous l'avons définie. Par rapport aux sommes allouées à la santé (4 140 000 000 $)[1], cet effort ne représente que 3,25 %.

Figure 1

Part de la prévention dans les dépenses de santé du Québec, en 1980-1981



1. C'est-à-dire le budget du secteur traditionnel de santé, (4 128 726 000 $) auquel ont été rajoutées les dépenses de santé des autres ministères et organismes québécois, 10 492 000 $.

Quand on dit que la prévention devrait représenter la base, la pierre angulaire d'une politique de santé, on constate dans les faits que les sommes consacrées à la prévention représentent une bien fragile assise.

En plus, cette prévention présente une allure assez traditionnelle. Ainsi, comme le montre la figure 2, 82 % de ces dépenses préventives ont été effectuées par la Régie de l'assurance-maladie et par le ministère des Affaires sociales.

Figure 2

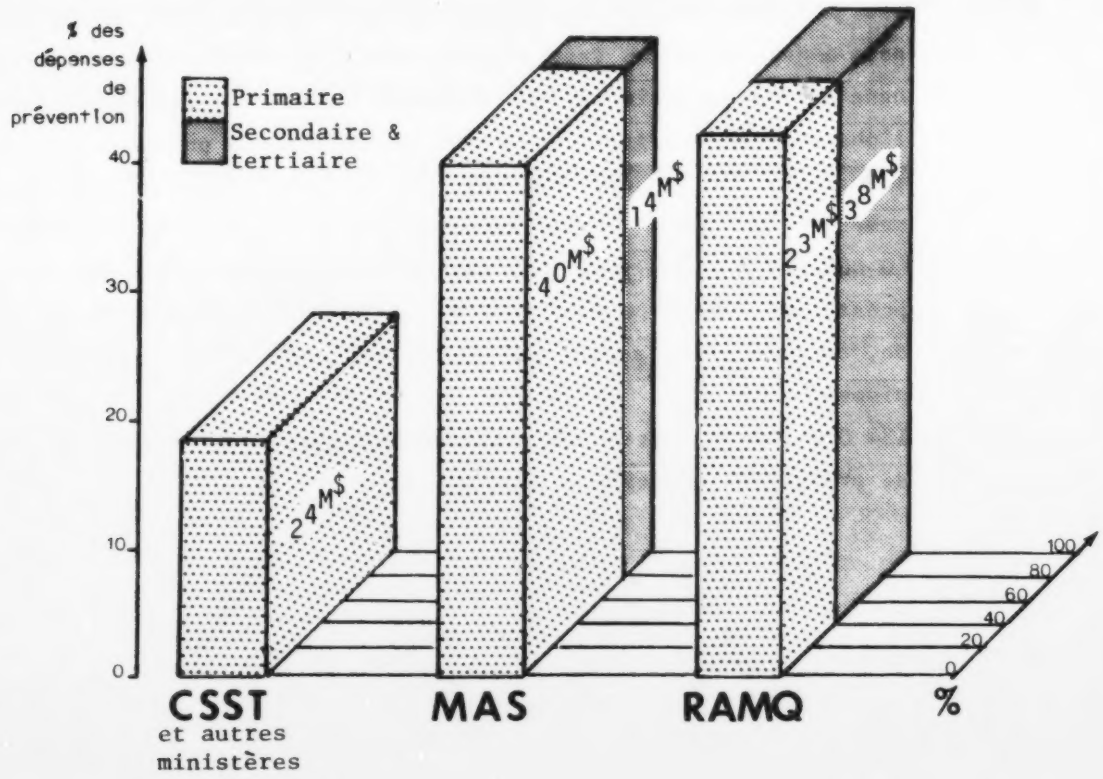
Part des sommes allouées à la prévention en santé santé par le Québec, selon la source, 1980-1981

100 % = 134 000 000 $

Or, ces organismes soutiennent en majorité une prévention " conservatrice ". Ainsi, les services médicaux et dentaires préventifs financés par la Régie concerneraient en majorité (59 %) de la prévention secondaire et tertiaire (tels les examens de dépistage gynécologique, d'enfants bien portants, de check-up annuels), laissant 41 % des sommes à la prévention primaire ; même celle-ci est peu innovatrice puisqu'elle se compose surtout d'activités peu engageantes de vaccinations ou d'application de fluorure. Dans le cas du ministère des Affaires sociales, comme nous pouvons l'observer à la figure 3, sa part de prévention primaire est plus importante (75 % ou 40 000 000 $) ; le fonctionnement des départements de santé communautaires (DSC) prend 62 % de ces 40 000 000 $; les activités sanitaires préventives en CLSC en représentent, un autre 20 % ou 8 000 000 $. A la base de la pyramide, on voit que l'apport préventif des autres ministères et organismes, incluant celui de la CSST, représente 18 % des 134 000 000 $; cette contribution est constituée essentiellement de prévention primaire.

Figure 3

Part des dépenses selon l'origine et les étapes de prévention, Québec, 1980-1981

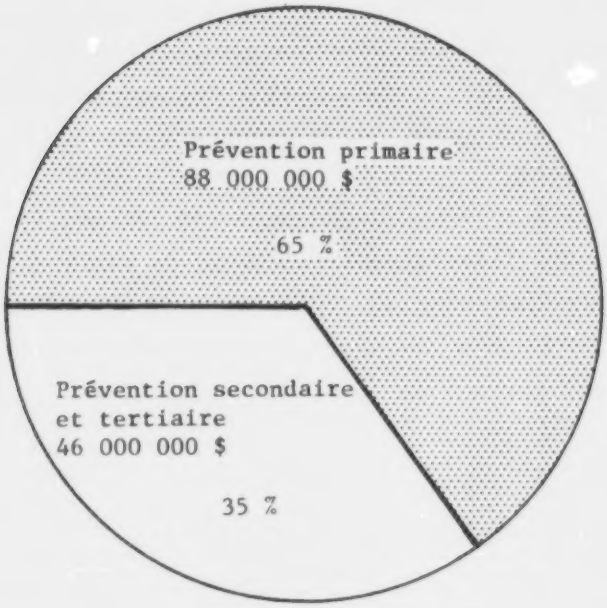


Notre définition restrictive de la prévention a écarté des activités importantes de dépistage ou diagnostic précoce que certains veulent considérer comme préventif mais qui, selon nous, représente davantage une thérapeutique précoce ; ces activités auraient été de la " prévention secondaire " selon ces sources. Comme nous les avons plutôt classées comme mesures curatives, les activités que nous avons conservées sont donc plus primaires. Aussi, la part de cette prévention primaire devient prépondérante, comme le suggère la figure 4, accaparant 65 % des sommes totales attribuées à la prévention en santé par le Québec.

Cependant, cette prévention primaire (88 000 000 $) ne représente en fait que 2,1 % des dépenses totales de santé du Québec et les activités sous-jacentes sont principalement traditionnelles et peu orientées encore vers les nouvelles possibilités préventives.

Figure 4

Part des dépenses québécoises de santé en prévention primaire par rapport au secondaire et tertiaire



ANNEXE A

DESCRIPTION DES PROGRAMMES RETENUS

PROGRAMME 1

Services médicaux

Les services médicaux dispensés pour les professionnels de la santé sont payés par la Régie de l'assurance-maladie via trois modes de rémunération :

1. à l'acte via le régime d'assurance-maladie ;
2. à salaires et vaccation, via le régime d'assurance-maladie ;
3. à l'acte et à l'unité, via l'assurance-hospitalisation.

Le dernier mode, via l'assurance-hospitalisation, regroupe dans sa presque totalité des actes non préventifs. Ainsi, dans le budget des actes rémunérés, 40 % vont à la radiologie diagnostic, 21 % à l'anatomo-pathologie, 10 % à l'hématologie. Dans la rémunération à l'unité, la répartition des 6 000 000 est la suivante : 63 % à la microbiologie, 22 % à la biochimie et 15 % à l'hématologie[1].

Le deuxième mode, à salaires et à vacations peut avoir une part préventive différente. Le salariat représente 46 % de ce mode. Les $\frac{2}{3}$ de ces salaires vont à des omnipraticiens oeuvrant probablement en CLSC, laissant un 16 % à des psychiatres. Du côté de la vacation qui représente 54 % de l'ensemble du mode, 81 % de la somme versée par ce mode va aux psychiatres, laissant un 7 % aux omnipraticiens. Donc, du total, pour ce mode de rémunération, près de 40 % des sommes allouées iraient aux omnipraticiens, qui oeuvrent dans les CLSC, auraient un profil plus préventif que leurs homologues rémunérés à l'acte. Quant aux psychiatres qui bénéficieraient de 50 % de ce budget, leur contribution préventive à l'intérieur des établissements psychiatriques serait pratiquement nulle. En résumé, pour ce mode de rémunération, la part préventive ne s'appliquerait qu'à 40 % de la somme totale. N'ayant

1. Tiré de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, " Statistiques annuelles 1980 " p. 105.

pas d'autres informations sur le profil de pratique en CLSC, nous ferons l'hypothèse, pour l'instant, que le pourcentage de prévention est le double de celui de la pratique rémunérée à l'acte, étant donné les responsabilités préventives des CLSC.

La rémunération à l'acte sous le régime de l'assurance-hospitalisation couvre 85 % (720 000 000 $ sur 844 000 000 $) de la rémunération des services médicaux au Québec en 1980. Parmi l'ensemble des actes de ce mode, les examens en représentent 63 % des nombres mais 53 % des coûts ; les autres actes (consultations, actes diagnostiques et thérapeutiques, actes chirurgicaux et autres actes (assistance-chirurgicale, anesthésie-réanimation...) ne peuvent être préventifs. La part préventive serait donc à trouver parmi ces examens qui représenteraient en 1980 un déboursé total de 379 000 000 $.

Pour estimer la partie préventive des examens, nous disposons, pour l'année 1978, de la répartition des examens selon la catégorie de diagnostics, pour les examens en cabinet, à domicile, chez les malades inscrits et en centre d'accueil, rémunérés par le régime d'assurance-maladie à l'acte. Sont exclus les examens de malades admis qui représenteraient 9 % des montants de rémunération pour tous les examens. L'hypothèse la plus plausible pour ces examens en milieu hospitalier veut que leur part préventive soit sûrement plus basse que pour les examens ambulatoires ; mais pour plus de simplicité, nous les considèrerons sur le même pied.

Ainsi, parmi les catégories de diagnostics pour lesquelles les professionnels ont réclamé des frais d'examens, certaines touchent la prévention. Le tableau 1 montre qu'ils occupaient au total 8,78 % du nombre d'examens ; comme d'une part les tarifs d'examens sont uniformes peu importe le diagnostic et que d'autre part, la structure de diagnostic n'a pu changée significativement en 2 ans, les pourcentages de 1978 appliqués au coût total des examens en 1980 de 345 000 000 $ attribueraient quelque 30 376 000 $ à ces catégories préventives.

Tableau 1

Part des examens préventifs dans l'ensemble des examens identifiés par diagnostic, 1978-1980

	Pourcentage des examens ambulatoires en 1978	Nombre d'examens inférés en 1980 (incluant malades admis)
1. prévention " 248 "	4,44	1 353 180
2. contraception " 648 "	0,91	277 343
3. grossesse normale " 649 "	3,44	1 048 417
		30 477 241
Total examens	**100 %**	**(345 574 817 $)**

Les deux catégories de " contraception " et de " grossesse normale " sont assez explicites pour savoir ce dont il est question, mais que comprend la " prévention " ? En 1978, le code 248 de la Régie, dénommé " prévention (dépistage) (bonne santé) " sic, recouvre 37 sortes d'actes dont les plus typiques sont : le bilan de santé, le check-up annuel, le dépistage, l'examen annuel, l'examen gynécologique, les injections et vaccins immunologiques (ex : BCG, CPT, VAV...).

Les examens gynécologiques (comprenant le pap test et le frottis) devraient représenter une bonne partie de ces examens préventifs puisque les femmes suivent assez les recommandations. Ainsi, selon Enquête Santé Canada, quelque 925 mille femmes auraient passé un tel test au cours de l'année précédant l'enquête. Au tableau 2, l'écart entre les hommes et les femmes, pour les groupes d'âge au-dessus de 15 ans, pourrait être attribué à ces examens ; le plus grand nombre chez les femmes totaliserait ainsi

quelque 200 mille examens. Par ailleurs, beaucoup de ces tests, très simples en fin de compte, peuvent être effectués lors d'autres types d'examen ; une bonne partie serait ainsi comprise dans les examens de " contraception " ou dans la première des 10 visites moyennes par " grossesse normale ". Une autre partie est faite en milieu hospitalier, soit sur les malades admis, soit directement par les infirmières. Enfin, un certain nombre de ces tests serait effectué lors d'examens plus importants qui apparaitraient sous d'autres diagnostics dont certains pathologiques. Il y aurait donc ici une certaine sous-évaluation du volume de prévention. Cependant, à la décharge de cette sous-évaluation[1], soulignons que ce type d'acte relève au mieux de la prévention secondaire puisque le dépistage précoce qu'il effectue décèle autant sinon plus, les manifestations d'atteintes déjà faites que la présence de facteurs à neutraliser.

Tableau 2

Nombre d'examens de " prévention " faits par les médecins rémunérés à l'acte, régime de l'assurance-maladie, selon l'âge et le sexe en 1978 (1 000)

	Hommes	Femmes	Total
0 - 4	158	149	307
5 - 14	66	60	126
15 - 24	61	122	183
25 - 34	50	120	170
35 - 44	32	64	96
45 - 54	26	41	67
55 - 64	18	25	43
65 et plus	21	25	46
Total	**432**	**606**	**1 038**

Source : Régie de l'assurance-maladie du Québec et le Conseil des affaires sociales et de la famille.

1. Peut-être 250 mille examens au total.

Un autre groupe bien important d'actes préventifs accomplis par les médecins est celui des vaccinations et des examens d'enfants bien portants. Ce groupe est inclus également dans la catégorie " prévention ". En 1978, dans la tranche d'âge des 0 - 4 ans, cette " prévention " représente 15 % des raisons pour lesquelles on effectue des examens. En vertu du tableau 2, on y recourt à peu près également chez les garçons que chez les filles pour un total de 307 mille actes ambulatoires en 1978. Encore ici, il y aurait sous-évaluation si ces actes devaient comprendre toutes les vaccinations car, déjà chez les moins de un an, on recommande 5 visites ou rappels, ce qui représenterait potentiellement 450 mille actes. Cependant, les mêmes remarques s'appliquent ici, à savoir que les actes non comptabilisés sont compris dans d'autres actes sous d'autres diagnostics ou sous d'autres modes de rémunération. Également, il s'agit d'une action de prévention qui, bien que primaire, exige très peu du médecin comme effort préventif.

Donc, pour résumer, la part préventive des services médicaux est prise dans les examens rémunérés à l'acte et ceux rémunérés à salaire. Ceux-ci pourraient totaliser quelque 12 000 000 $ en assumant que la part des examens par rapport à tous les actes pour omnipraticiens rémunérés à salaires (20 000 000 $) est un peu supérieure (60 %) à la part (53 %) chez leurs confrères rémunérés à l'acte. Puis sur la base des caractéristiques de leur milieu de travail, nous retenons l'hypothèse que la part préventive de la pratique de ces professionnels salariés pourrait être le double de celle évaluée chez les médecins rémunérés à l'acte, c'est-à-dire près de 20 %. Ce groupe amènerait donc un déboursé maximum de quelque 2 400 000 $. Quant au groupe principal rémunéré à l'acte, compte tenu des sous-estimations mentionnées, nous gonflerons le 8,79 % du tableau 1 à 10 % pour représenter la part préventive des déboursés de 346 000 000 $ pour les examens. Donc, au total, pour les services médicaux, l'effort financier préventif serait de quelque 37 000 000 $ par rapport à des dépenses de 844 000 000 $ déboursés par la Régie de l'assurance-maladie en 1980-1981, c'est-à-dire un **pourcentage de prévention de 4,4 %.**

PROGRAMME 2

Services dentaires

En 1980, la Régie de l'assurance-maladie administre trois programmes de services dentaires : le programme de chirurgie buccale, le programme de services dentaires destinés aux enfants et le programme de soins dentaires pour les bénéficiaires de l'Aide sociale. Dans le premier programme il n'y a pas d'activités préventives.

Dans les deux autres programmes, une rubrique regroupe les mesures préventives à savoir l'enseignement et la démonstration de mesures d'hygiène buccale, le nettoyage des dents et l'application topique de fluorure. Sous cette rubrique des professionnels auraient dispensé 2,9 millions de services pour 14 000 000 $ par rapport aux déboursés totaux, pour les trois programmes, de 96 000 000 $.

En résumé, l'effort préventif dans les services dentaires serait de l'ordre de 15 % de ce budget total.

Source : Régie de l'assurance-maladie du Québec, " Statistiques 1980 ".

PROGRAMME 3 - 7

Services préventifs en CLSC

L'inventaire des activités à caractère préventif a été effectué sur la base du " guide budgétaire "[1]. Ont été retenues les activités suivantes :

3. Planification familiale (6520 : numéro d'activité dans le guide)

Cette catégorie regroupe les activités reliées à la distribution de services cliniques, d'information préventive en matière de sexualité et de planification des naissances. On y retrouve l'animation, l'éducation, l'information, les consultations, la référence, la relance et le suivi.

Sur les 1 184 000 $ dépensés en 1980-1981, sous ce centre d'activités, 90 % concernerait la santé dont 100 % est préventif.

4. Services de santé dentaire

Les activités préventives et curatives de santé dentaire sont : la promotion de la fluoration, les applications topiques de fluorure, l'éducation, la surveillance, le dépistage, le traitement, la référence...

Des 215 000 $ dépensés en 1980-1981, 60 % serait préventif.

1. " Guide budgétaire 1981-1982 : Centres locaux de services communautaires ", ministère des Affaires sociales.

5. Services de prévention (6580)

Sous cette rubrique apparaissent :

- le dépistage de problèmes de santé (diabète, hypertension, troubles cardio-vasculaires ;

- l'animation et l'éducation pour la santé ;

- la surveillance, le dépistage et le contrôle de maladies infectieuses (typhoïde, salmonellose) ;

- vaccinations (grippe, variole...) ;

- référence, relance et suivi.

La part préventive de ces activités est estimée à 90 %.

6. Services de santé scolaire (6590)

Ces activités touchent :

- le dépistage de problèmes de santé (audition, vision, obésité), chez les enfants de niveau primaire ;

- l'animation et l'éducation (alimentation, hygiène, tabagisme) ;

- le dépistage et le contrôle de maladies infectieuses.

Ici, on avance un 75 % de prévention.

7. Autres services préventifs

Sur la base d'un échantillon de 14 CLSC dans le système d'information " CROCUS ", on[1] a pu estimer à 20 % la part des interventions préventives ; les activités retenues sont les suivantes : conditionnement physique, programme nutritionnel, périnatalité, planification familiale, santé dentaire, santé au travail, santé maternelle, santé préscolaire et santé scolaire. Le guide budgétaire semble donc avoir omis certaines activités dont le conditionnement physique, la santé maternelle, la santé préscolaire. La part préventive cumulée d'après les activités précédemment énumérées (3-6) représentait quelque 9 % du budget de fonctionnement (124 000 000 $) moins l'administration générale (34 000 000 $). Aussi, pour tenir compte des omissions, nous haussons ce pourcentage à 12 %, ce qui représenterait un 2 800 000 $ pour les activités omises.

PROGRAMME 8

Services communautaires - Centres de santé

Ce programme couvrait en 1980-1981 les budgets des centres de santé, qui, dans les régions éloignées, cumulaient les fonctions des CLSC et les fonctions de petits centres hospitaliers et de centres d'accueil. Leur part préventive est donc plus faible que celles des CLSC, mais leur orientation santé est plus forte.

Source : - Québec " Budget 1981-1982, crédits "
- Ministère des Affaires sociales " Rapport annuel 1980-1981 " pp. 65-66.

1. Information fournie par Jean-Pierre Bélanger de la Fédération des CLSC.

PROGRAMME 9

Services communautaires - médecine du travail

Il s'agit du regroupement des activités touchant la médecine du travail, au sein du CLSC, dont le budget se retrouve au programme 5, élément 1 de la structure budgétaire du MAS.

La totalité des dépenses de 68 900 $ en 1980-1981 est attribuée à la prévention.

Source : Québec, " Budget 1981-1982, crédits ".

PROGRAMME 10 - 15

Les programmes retenus sont ceux apparaissant, dans la **structure budgétaire du ministère des Affaires sociales** à l'élément 03 " Services de santé préventive du programme " " Services de courte santé "[1].

10. Services préventifs, santé communautaire

Les 55 000 000 $ dépensés en 1980-1981 ont été affectés au fonctionnement des DSC. Les principales activités ainsi financées touchaient la santé maternelle et infantile, la périnatalité, les soins à domicile, la part préventive des activités est dominante, cette part pourrait donc se situer autour de 60 %.

Au sein des activités préventives, on peut dire que la majorité vise des facteurs potentiels, mais non sûrs, d'atteinte, donc relève de la prévention primaire, que ce soit dans le

1. Source : Ministère des Affaires sociales " Crédits détaillés 1981-1982 ".

groupe d'activités d'évaluation-orientation de la santé. Par ailleurs, les soins à domicile incluraient une petite part de prévention tertiaire.

11. Prévention et soins de première ligne en milieu scolaire

Bien que les services de santé en milieu scolaire soient en mutation, on peut retenir qu'en 1980-1981, le travail des infirmières affectées à cette tâche portait principalement sur le dépistage précoce de problèmes de santé (comme ceux de la vue, de l'ouie), les premiers soins, la consultation individuelle, des programmes de sensibilisation aux habitudes de vie.

L'évaluation de la part préventive mettait de côté l'activité de premiers soins de même qu'une partie du dépistage, pour retenir une part préventive à 50 %. En terme d'étape préventive, nous retenons une hypothèse de prévention primaire à 50 %.

12. Services préventifs - médecine génétique

Cet item budgétaire (791 000 $) regroupe les déboursés du ministère des Affaires sociales pour le réseau de médecine génétique qui peut être identifié à la prévention primaire dans sa totalité.

13. Services préventifs - médecine du travail

En 1980-1981, le ministère des Affaires sociales finançait les activités (effectuées par les DSC) touchant la santé au travail. Cette responsabilité est maintenant passée à la CSST. On s'est consacré à l'évaluation des besoins, à l'identification des risques, au dépistage de problèmes de

santé, du suivi médical, à l'évaluation de programme de santé au travail.

On estime que les 5 000 000 $ identifiés à ce poste budgétaire couvre à 90 % des activités préventives, lesquelles seraient primaires à 80 %.

14. La fluoration

Les 513 000 $ affectés à la fluoration ont carrément un objectif de prévention primaire de la carie dentaire chez les enfants.

15. Publicité sur le tabac

Cette activité de prévention primaire a représenté, en 1980-1981, un déboursé de 300 000 $ dans le budget du ministère des Affaires sociales.

16. Santé-travail, CSST

1980 a été une année de transition où la CSST, qui avait déjà été identifiée par la loi sur la santé et la sécurité au travail comme responsable des fonctions de prévention et d'inspection, a préparé l'intégration de ces fonctions pour l'année suivante. Aussi, les dépenses effectuées pour ces fonctions sont dispensées dans les budgets des différents organismes et ministères. La prévention comme telle, on la retrouve dans les dépenses des CLSC et des DSC ; auxquelles on ajoute les 5 584 000 $ dépensés par la CSST au titre de subventions aux organismes à des fins de prévention et de recherche.

De son côté, l'inspection était jusque là assumée par les ministères du Travail et de la Main-d'oeuvre, de l'Environne-

ment, de l'Énergie, et par l'Office de la construction. Ainsi, le ministère du Travail réservait 20 979 000 $ à l'élément application des règles de sécurité ; cependant, cet élément inclut des activités autres que préventives, telle l'enquête après une plainte ou un accident, activités que l'on ne peut isoler. Les budgets des autres ministères, à ce titre, sont également inconnus, mais on sait que le budget de la direction de l'inspection à la CSST pour 1981 devrait être de l'ordre de 20 000 000 $. On pourrait peut-être assumer que la moitié de cette somme est à caractère préventif, soit 10 000 000 $.

Donc, hormis les dépenses de prévention en santé au travail déjà incluses dans le budget du ministère des Affaires sociales, on retient ici des dépenses de 15 000 000 $ relevant potentiellement de la CSST.

Sources : - CSST, " Rapport annuel 1980 "
- informations verbales obtenues auprès des directions de la Prévention et de la Communication de la CSST

17. Publicité SAQ

En 1980-1981, la Société des alcools du Québec a dépensé 100 000 $ dans sa campagne publicitaire pour inciter les gens à boire avec modération.

PROGRAMME 18

Loisir

Le loisir a certainement un impact important sur la santé physique et mentale des gens et donc un effet préventif non négligeable. Cependant, parmi les activités du ministère du Loisir, une seule a

comme intention explicite la prévention, à savoir le programme Kino-Québec. Ce programme, en 1980-1981, avait un budget de 2 170 000 $, dont 300 000 $ en publicité.

Bien que le loisir représente un objectif en soi pour lequel on est prêt à consacrer beaucoup de crédits (186 000 000 $ en 1980-1981), on doit être conscient que dans bien des cas la prévention en santé est invoquée comme raison secondaire de consacrer des fonds. Mais l'importance de cette raison ne peut être chiffrée.

Source : Québec " Budget 1981-1982, crédits "

PROGRAMME 19

Prévention dans l'environnement

Le ministère de l'Environnement a deux programmes ayant un effet possible sur la santé : la protection du milieu et l'amélioration du milieu ambiant. Au plan de la protection, le budget de 9 000 000 $ vise à prévenir la détérioration du milieu ambiant. Le second programme (de 41 500 000 $) vise à améliorer et à restaurer les milieux ambiants aquatique, atmosphérique et terrestre.

Bien que la qualité de l'environnement soit devenue une valeur en soi, la référence aux implications sanitaires des actions entreprises à l'égard de l'environnement est ici d'importance. Aussi, en l'absence de données permettant de rendre compte de cet aspect, nous retenons un minimum de 5 % de ces 50 000 000 $ comme intention préventive à l'égard de la santé.

Sources : - Québec, " Budget 1981-1982, crédits "
- Informations du service de la normalisation du ministère de l'Environnement.

PROGRAMME 20

Transport

Au ministère du Transport, on consacre explicitement à l'élément sécurité routière un 5 136 000 $ en 1980-1981. On retrouve, par exemple, les activités d'éducation, des écoles de conduite, des subventions à des organismes de sécurité, l'inspection des véhicules...

Dans les autres programmes de ce ministère se camoufle probablement une petite partie préventive, que l'on songe par exemple aux considérations de sécurité dans la construction ou l'entretien du réseau routier, au transport scolaire ; mais cette partie ne peut être détectée.

PROGRAMME 21

Sécurité routière - Régie de l'assurance automobile

La régie soutient plusieurs activités qui ont une incidence préventive : étude des moyens de sécurité, le contrôle de conduite (vérification des véhicules) aide aux organismes de sécurité et information du public. Cependant, seules les deux dernières ont comme intention principale la prévention. Ces deux activités auraient nécessité des déboursés de 1 100 000 $ en 1980-1981.

Sources :
- Rapport annuel 1979-1980 de la Régie de l'assurance-maladie du Québec
- Québec, " Budget 1981-1982, crédits "
- Informations verbales obtenues auprès du Service de la recherche et de l'actuariat et du Service de la sécurité routière de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

ANNEXE B

DÉTAIL DES ESTIMATIONS

PAR PROGRAMME

Le tableau B1 présente des estimations détaillées pour chaque programme identifié et numéroté dont la description sommaire apparaît à l'Annexe A.

On remarque que tous les programmes de santé ne sont pas listés dans ceux qui ont été retenus. Ainsi, par exemple, l'item budgétaire des dépenses hospitalières ne figure pas dans l'énumération puisqu'à priori aucune prévention n'y est incluse. Le secteur traditionnel de la santé comprend les programmes 1 à 16, incluant les activités de la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Les autres ministères et organismes apparaissent aux programmes 17 à 21.

Les crédits alloués à chaque programme ont été presque tous colligés à partir des instruments de gestion budgétaire. Ils représentent donc les sommes dépensées en vertu de ces items (ici appelés programmes) budgétaires.

Pour certains programmes, il était nécessaire de spécifier quelle proportion de leur budget était attribuable à la santé avant d'en estimer la prévention. La colonne 2 " % Santé " donne cette estimation en pourcentage et la colonne 2 du tableau B2 en traduit la représentation monétaire du budget santé du programme.

La part de ce budget attribuable à l'ensemble (**E**) de la prévention apparaît à la colonne 3, en pourcentage au tableau B1 et en $ au tableau B2. La base de cette estimation de la part préventive de chaque programme est disponible à l'Annexe A. Par exemple, au tableau B1, la part préventive de 5 % des services médicaux financés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec est l'arrondissement de l'estimation faite dans l'annexe A. Ce 5 % s'applique au 100 % (proportion santé) du budget de ce programme ; ce qui entraîne un estimé de dépenses de 42 185 000 $ pour l'ensemble (**E**) de la prévention. Ce budget de l'ensemble de la

prévention est ensuite morcelé selon les étapes de prévention et selon les facteurs de risque.

Les estimations d'affectation des budgets de prévention selon les étapes ont été faites sur la base des définitions d'étapes présentées dans le texte principal et sur la base de la description des programmes qui est résumée à l'Annexe A. L'application des pourcentages du tableau B1, au budget prévention (**E**) donne les montants du tableau B2, aux mêmes colonnes, 4, 5 et 6. Ainsi, on estime, pour les services médicaux, à 30 % le pourcentage de prévention primaire (**P**) par rapport 70 %, à la prévention secondaire (**S**) et tertiaire (**T**), représentent respectivement 12 655 000 $ et 29 529 000 $ (c'est-à-dire 27 420 000 plus 2 109 000) des dépenses totales de prévention totale des services des médecins rémunérés par la Régie.

Enfin, nous avons tenté une estimation de la part des dépenses de prévention totale attribuable à chacun des trois groupes de facteurs de risque suivants : biologique (**B**), environnemental (**E**) et comportemental (**C**).

TABLEAU B1

Coûts de la prévention: estimations des % par programme

IDENTIFICATION DU PROGRAMME	$ PROG. 1	SANTE 2	E 3	P 4	S 5	T 6	B 7	E 8	C 9
1 RAMQ SERV.MEDI	843691	100	5	30	65	5	80	15	5
2 RAMQ SERV.DENT	95737	100	15	75	20	5	80	5	15
3 CLSC PLAN.FAMI	1184	90	100	100	0	0	10	0	90
4 CLSC SAN.DENT.	215	100	90	90	10	0	70	15	15
5 CLSC PREV.SAN	4720	100	90	85	15	0	85	5	10
6 CLSC SAN.SCOL.	1890	100	75	75	25	0	80	0	20
7 CLSC AUT.PREV.	2800	100	90	80	20	0	75	5	20
8 CENTRES SANTE	2030	100	15	50	35	15	85	10	5
9 S.COM.MED.TRAV	69	100	100	100	0	0	0	90	10
10 S.P.SAN.COMMUN	55193	100	60	75	20	5	50	10	40
11 S.P.SCOLAIRES	10100	100	50	50	50	0	75	0	25
12 S.P.MED.GENETI	791	100	100	100	0	0	100	0	0
13 S.P.SAN.TRAVAI	4498	100	90	80	20	0	30	60	10
14 S.P.FLUORATION	513	100	100	100	0	0	10	90	0
15 PUB. TABAC	300	100	100	100	0	0	0	0	100
16 CSST SAN.TRAV.	15000	100	90	100	0	0	5	75	20
17 SAQ.PUB.MODERA	100	100	100	100	0	0	0	0	100
18 LOISIR KINO	2170	100	100	100	0	0	0	0	100
19 ENVIRONNEMENT	50000	5	100	100	0	0	0	100	0
20 TRANSPORT.SEC.	5136	90	100	100	0	0	0	20	80
21 RAAQ.SECU.ROUT	1100	100	100	100	0	0	0	0	100

Légende: $ PROG. : Budget du programme 1980-1981, 000 $
SANTE : Part allouée à la santé
E : Part de l'Ensemble de la prévention
P : Part de la prévention Primaire
S : Part de la prévention Secondaire
T : Part de la prévention Tertiaire
B : Facteurs Biologiques
E : Facteurs Environnementaux
C : Facteurs Comportementaux

TABLEAU B2

Coûts de la prévention, selon les étapes de prévention, les facteurs de risque, pour chaque programme, en '000 $

IDENTIFICATION DU PROGRAMME	$ PROG. 1	SANTE 2	E 3	P 4	S 5	T 6	B 7	E 8	C 9
1 RAMQ SERV.MEDI	843691	843691	42185	12655	27420	2109	33748	6328	2109
2 RAMQ SERV.DENT	95737	95737	14361	10770	2872	718	11488	718	2154
3 CLSC PLAN.FAMI	1184	1066	1066	1066	0	0	107	0	959
4 CLSC SAN.DENT.	215	215	194	174	19	0	135	29	29
5 CLSC PREV.SAN	4720	4720	4248	3611	637	0	3611	212	425
6 CLSC SAN.SCOL.	1890	1890	1417	1063	354	0	1134	0	283
7 CLSC AUT.PREV.	2800	2800	2520	2016	504	0	1890	126	504
8 CENTRES SANTE	2030	2030	304	152	107	46	259	30	15
9 S.COM.MED.TRAV	69	69	69	69	0	0	0	62	7
10 S.P.SAN.COMMUN	55193	55193	33116	24837	6623	1656	16558	3312	13246
11 S.P.SCOLAIRES	10100	10100	5050	2525	2525	0	3787	0	1262
12 S.P.MED.GENETI	791	791	791	791	0	0	791	0	0
13 S.P.SAN.TRAVAI	4498	4498	4048	3239	810	0	1214	2429	405
14 S.P.FLUORATION	513	513	513	513	0	0	51	462	0
15 PUB. TABAC	300	300	300	300	0	0	0	0	300
16 CSST SAN.TRAV.	15000	15000	13500	13500	0	0	675	10125	2700
17 SAQ.PUB.MODERA	100	100	100	100	0	0	0	0	100
18 LOISIR KINO	2170	2170	2170	2170	0	0	0	0	2170
19 ENVIRONNEMENT	50000	2500	2500	2500	0	0	0	2500	0
20 TRANSPORT.SEC.	5136	4622	4622	4622	0	0	0	924	3698
21 RAAQ.SECU.ROUT	1100	1100	1100	1100	0	0	0	0	1100

Légende: $ PROG. : Budget du programme 1980-1981
SANTE : Part allouée à la santé
E : Part de l'Ensemble de la prévention
P : Part de la prévention Primaire
S : Part de la prévention Secondaire
T : Part de la prévention Tertiaire
B : Facteurs Biologiques
E : Facteurs Environnementaux
C : Facteurs Comportementaux

TABLEAU B3

Totaux de dépenses ('ooo $)
selon les étapes de prévention

IDENTIFICATION DES PROGRAMMES	$ PROG.	SANTE	ENSEMBLE	PRIMAIRE	SECONDAIRE	TERTIAIRE
RAMQ, Ser. méd. et dent.	939428	939428	56546	45236	7046	4263
Min. des Affaires sociales	84303	84185	53636	29537	6662	17435
CSST	15000	15000	13500	675	10125	2700
Total santé traditionnelle	1038731	1038613	123682	75448	23833	24398
Autres ministères et organismes	58506	10492	10492	0	3424	7068
Total toutes dépenses retenues	1097237	1049105	134174	75448	27257	31466

TABLEAU B4

Totaux de dépenses
selon les facteurs de risque

IDENTIFICATION DES PROGRAMMES	$ PROG.	SANTE	ENSEMBLE	BIOLOGIE	ENVIRON.	COMPOR.
RAMQ, Ser. méd. et dent.	939428	939428	56546	23425	30292	2827
Min. des Affaires sociales	84303	84185	53636	40356	11579	1702
CSST	15000	15000	13500	13500	0	0
Total santé traditionnelle	1038731	1038613	123682	77281	41871	4529
Autres ministères et organismes	58506	10492	10492	10492	0	0
Total toutes dépenses retenues	1097237	1049105	134174	87773	41871	4529